

BÖLÜM

38

BAŞ DÖNMESİ

Fatma ÖZARSLAN¹

GİRİŞ

Baş dönmesi toplumda çok sık görülen şikâyetlerden biri olup kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, işgücü kaybına neden olması, bazen de hayati tehlikesi olan hastalıkların belirtisi olması nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (1). Baş dönmesi, hastalar tarafından çeşitli semptomları tanımlamak için kullanılan spesifik olmayan bir terimdir. Semptomların nonspesifik olması ve ayırıcı tanı yelpazesinin çok geniş olması tanıyı zorlaştırır. Birinci basamakta anamnez sırasında sorulan birkaç basit soru ve fizik muayenede yapılacak testler ile tanıları daraltmak mümkündür. Hastaların baş dönmesi olarak ifade ettiği en sık karşılaşılan semptomlar vertigo, nonspesifik sersemlik hissi, dengesizlik ve presenkoptur (2). Baş dönmesine genellikle bulantı ve kusma eşlik eder. Uygun anamnez ve fizik muayene ile hastaların birçoğuna tanı konulsa da baş dönmesi ile başvuran hastaların beşte birinin ana nedeni bulunamamaktadır (3,4).

EPİDEMİYOLOJİ

Genel popülasyonda baş dönmesi insidansı yaklaşık %20-30 arasındadır. Her beş yaş artışıyla yakınlarda %10 artış olmaktadır (1). Baş dön-

mesi prevalansı 60 yaş ve üzerinde %30, 85 yaş ve üzerinde ise %50'ye yükselmektedir (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamak sağlık kuruluşlarında baş dönmesi yıllık insidansı %1,7 iken 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında yıllık prevalans %17'dir (6).

Birinci basamak hekimlerinin baş dönmesi şikâyeti olan hastaların yarısıyla karşılaştığı tahmin edilmektedir (7). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 25 yaş ve üzeri kişilerin %3'ünün, tüm acil servis başvurularının da yine %3'ünün başlıca semptomu baş dönmesidir (6,8).

PATOFİZYOLOJİ

Denge sisteminde rol oynayan elemanların (kas iskelet, kardiyovasküler, merkezi sinir sistemi) herhangi birindeki bir sorun baş dönmesine neden olabilir.

ETİYOLOJİ

Hastaların verdikleri tepkiler her zaman tutarlı olmadığı için ilk başta baş dönmesini tespit etmek oldukça zordur (7). Bu nedenle anamnez alırken hastanın ne hissettiğine odaklanılmalıdır (6,8-10). Baş dönmesi etiyojisinde yapısal, vasküler,

¹ Uzm. Dr., Çankaya 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, drfatmayavuz@gmail.com

BPPV tedavisi: Kanalit yeniden konumlandırma manevraları veya serbestleştirici manevralar ile yerlerinden oynayan parçacıklar asıl konumlarına getirilir. Girişimsel olmayan ve uzun süre etki eden bu manevralar poliklinik şartlarında uygulanabilir (34). En uygun olan manevra hasta için seçilerek medikal tedavi şiddetli semptomları olan hastalarda uygulanmalıdır. Spontan iyileşmeye bırakılan hastalarda üç ila dört hafta içinde klinik remisyon sağlanır.

Kalsiyum kanal antagonistleri, benzodiazepinler, antikolinergikler, dopamin reseptör antagonistleri ve antihistaminikler vertigo tedavisinde kullanılır. Bu ajanların çoğu, vestibüler hasarın iyileşme sürecinde hastanın semptomlarını azaltmak amacıyla kullanılırlar. BPPV hastalığının tedavisi için rutin ilaç kullanımını önerilmez iken, vestibüler rehabilitasyon fizik tedavisi almakta olan hastalarda tedaviyi desteklemek amacıyla ilaç kullanılabilir (35). BPPV hastalarında tedavide Epley manevrası ile ilaç tedavisi karşılaştırılmış; tedavi başarısının manevra uygulananlarda daha fazla olduğu ve atak tekrarlarının belirgin ölçüde azaldığı gösterilmiştir. (36). Epley manevrasında hastanın etkilenen kulağı Dix-Hallpike testi ile öncelikle tespit edilir. Yatar pozisyona getirilen hastanın başı etkilenen tarafa 45° rotasyonda ve 20° ekstansiyonda 30 saniye beklenir. Hasta önceki pozisyona göre 90 derece çevrilir ve ekstansiyon pozisyonunda kalır ve bu şekilde 30 saniye beklenir. Hasta başın çevrili olduğu kol üzerinde lateral dekübit pozisyonuna alınır. Baş pozisyonu korunur ve 30 saniye beklenir. Hasta oturur pozisyona getirilir ve baş orta hatta geri döndürülür. Manevranın tüm aşamalarında yavaşça hareket edilerek partiküllerin istenilen yöne geçmelerine olanak sağlanmalıdır. Eğer manevra doğru bir şekilde uygulanmışsa Dix-Hallpike pozisyon testinde gözlemlenen yönde nistagmus gözlemlenebilir. Karşı tarafta nistagmus gözlenmiyorsa partiküllerin tekrar kupulaya döndüğü ve manevranın başarısız olduğu anlamına gelir. Manevra hem vertigo hem

de eşlik eden nistagmus kayboluncaya kadar birkaç kez daha tekrarlanır.

BİRİNCİ BASAMAK YÖNETİMİ

Baş dönmesi; periferik, santral veya görsel patolojilere, proprioseptif sistem bozukluklarına, metabolik ve kardiyolojik problemlere bağlı, ya da ilaçların yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir.

Baş dönmesi şikayeti ile gelen hastadan birinci basamakta ayrıntılı bir anamnez alınmalı ve vital bulgulara bakılmalıdır. Hastaya ayrıntılı nörolojik ve otolojik muayene yapılmalıdır. Laboratuvar tetkiki olarak hastanın kan şekeri, anemi markerları, vitamin B12 düzeylerine bakılmalı ve elektrokardiyografisi değerlendirilmelidir.

Özellikle yaşlı hastalarda serebrovasküler hastalıklar ve ilaç kullanım öyküsü sorgulanmalıdır.

Vertigonun en sık nedeni olan BPPV Epley manevrası ile birinci basamakta tedavi edilebilir.

Gerekli görülen durumlarda eşlik eden muayene bulgularına göre (eşlik eden iştah kaybı, ani gelişen baş dönmesine eşlik eden bilinç kaybı) hasta ilgili uzmana sevk edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *Am Fam Physician* 2010;82(4):361-6
2. Newman-Toker DE, Cannon LM, Stofferahn ME. Imprecision in patient reports of dizziness symptom quality: a cross-sectional study conducted in an acute care setting. *Mayo Clin Proc* 2007;82(11):1329-40
3. Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML. Causes of persistent dizziness. *Ann Intern Med*. 1992;117(11):898-904.
4. Herr RD, Zun L, Mathews JJ. A directed approach to the dizzy patient. *Ann Emerg Med*. 1989;18(6):664-72.
5. Jonsson R, Sixt E, Landahl S. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *J Vestib Res* (2004) 14:47-52.

6. Sloane PD. Dizziness in primary care. *J Fam Pract.* 1989;29(1):33-8.
7. Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments. *Vital Health Stat 13.* 2006;(159):1-66
8. Kerber KA, Meurer WJ, West BT. Dizziness presentations in U.S. emergency departments, 1995-2004. *Acad Emerg Med.* 2008; 15(8):744-50.
9. Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. *Am J Med.* 1999;107(5):468-78.
10. Kentala E, Rauch SD. A practical assessment algorithm for diagnosis of dizziness. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;128(1):54-9.
11. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med* 2008;168(19):2118-224.
12. Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurol Clin.* 2015;33(3):577-99.
13. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA Jr. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc.* 2008;83(7):765-75.
14. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. *South Med J.* 2000;93(2):160-7.
15. Agrawal Y, Carey JP, Della Santina CC. Disorders of balance and vestibular function in US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2004 *Arch Intern Med.* 2009;169(10):938-944. [published correction appears in *Arch Intern Med.* 2009;169(15):1419].
16. Goebel JA. The ten-minute examination of the dizzy patient. *Semin Neurol.* 2001;21(4):391-8.
17. Lempert T, Neuhauser H, Daroff RB. Vertigo as a symptom of migraine. *Ann N Y Acad Sci.* 2009;1164:242-51.
18. Karatas M. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *Neurologist* 2008;14(6):355-64.
19. Wood KA, Drew BJ, Scheinman MM. Frequency of disabling symptoms in supraventricular tachycardia. *Am J Cardiol.* 1997;79(2):145-9.
20. Fick DM, Cooper JW, Wade WE. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts [published correction appears in *Arch Intern Med.* 2004;164(3):298]. *Arch Intern Med.* 2003;163(22):2716-24.
21. Fielder H, Denholm SW, Lyons RA. Measurement of health status in patients with vertigo. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1996;21(2):124-6.
22. Grimby A, Rosenhall U. Health-related quality of life and dizziness in old age. *Gerontology* 1995;41(5):286-98.
23. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke.* 2006;37(10):2484-87.
24. Nedzelski JM, Barber HO, McIlmoyl L. Diagnoses in a dizziness unit. *J Otolaryngol.* 1986;15(2):101-4.
25. Wiltink J, Tschan R, Michal M. Dizziness: anxiety, health care utilization and health behavior. *J Psychosom Res.* 2009;66(5):417-24
26. Yardley L, Owen N, Nazareth I. Panic disorder with agoraphobia associated with dizziness. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(5):321-7.
27. Gardner WN. The pathophysiology of hyperventilation disorders. *Chest.* 1996;109(2):516-34.
28. Şahin B.E.(2020). Vertigo. Çiftçi A, Özkara A, Tursun S, Demirel B, Kekili M.(Ed.), *Bütüncül Tıp (Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı- Tedavi) içinde (s.1509-1512) Ankara: Nobel Tıp Kitabevi*
29. Parnes LS, Agrawal SK, Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). *CMAJ.* 2003;169(7):681-93.
30. Whitman GT. Dizziness. *The American Journal of Medicine* 2018; 131(12):1431-7.
31. Hornibrook, J. (2011). Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV): history, pathophysiology, office treatment and future directions. *International journal of otolaryngology*, 2011.
32. Patel M, Agarwal K., Arshad Q.(2016). Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease: a randomised, double-blind, comparative effectiveness trial. *The Lancet* 2016; 388(10061):2753-62.
33. Cherchi M, Hain TC. Migraine-associated vertigo. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 2011;44(2): 367-75.
34. Thompson TL, Amedee R. Vertigo: A review of common peripheral and central vestibular disorders. *Ochsner J.* 2009;9(1):20-6.
35. Hain TC, Uddin M. Pharmacological treatment of vertigo. Vol. 17, *CNS Drugs.* 2003.
36. Gaur S, Awasthi SK, Bhadouriya SKS. Efficacy of Epley's Maneuver in Treating BPPV Patients: A Prospective Observational Study. *Int J Otolaryngol.* 2015; 1-5.